

SERIE NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

GUÍAS PARA PROFESIONALES

Materiales para el **afrentamiento saludable**
de las **dificultades** de la vida cotidiana



**Plan Integral
de Salud Mental
de Andalucía**



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Materiales para el
afrentamiento saludable
de las **dificultades**
de la vida cotidiana

GUÍA PARA PROFESIONALES



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Con la financiación de Fondos de Cohesión
del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
y el patrocinio de la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Elabora Grupo de trabajo sobre materiales para el afrontamiento de acontecimientos adversos de la vida cotidiana. Servicio Andaluz de Salud-Escuela Andaluza de Salud Pública

Edita Área de Evaluación y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública

Diseño Catálogo Publicidad

Imprime Alsur, S.C.A.

Depósito Legal GR 1244-2012

ISBN 978-84-694-5993-5

Todos los derechos reservados

equipo de adaptación y elaboración de nuevos materiales

José M^o García-Herrera Pérez-Bryan

Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Coordinación)

José Guzmán Parra

PIR. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital
Regional Universitario Carlos Haya

Vanessa Noguera Morillas

Psiquiatra. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Coordinación)

María Macías Sánchez

MIR Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Guadalupe Cano Oncala

Psicóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Nieves Prieto García

Psicóloga. Técnica de Promoción de Salud.
Distrito Sanitario Málaga

Nazaret Cantero Rodríguez

MIR Psiquiatría. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Isabel Ruiz Delgado

Psicóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

equipo de revisión de materiales

Inmaculada Mateo Rodríguez

Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública (Coordinación)

Bibiana Navarro Matilla

Profesora asociada. Escuela Andaluza de Salud Pública

Francisco Alcaine Soria

Médico de Familia. Centro Salud el Palo.
Distrito Sanitario Málaga

Luis de la Revilla

Médico. Presidente de la Fundación para el Estudio
de la Atención a la Familia

Trinidad Bergero Miguel

Psicóloga. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya

Esther Salces Sáez

Técnico. Dirección Médica. Hospital de Puerto Real

María Hernández Padilla

Profesora. Universidad de Jaén

Jesús Sepúlveda Muñoz

Médico de Familia. Centro Salud Alameda-Perchel.
Distrito Sanitario Málaga

Francisca Muñoz Cobos

Médica de Familia. Centro Salud el Palo. Distrito Sanitario Málaga

coordinación editorial

M^o Paz Conde Gil de Montes

Médica de Familia. Técnica. Programa de Salud Mental.
Servicio Andaluz de Salud

Almudena Millán Carrasco

Psicóloga. Profesora. Escuela Andaluza de Salud Pública

Índice

guía para profesionales

1	Marco conceptual. La psiquiatrización de la vida cotidiana y su impacto en la asistencia en los servicios de Salud mental públicos	7
1.1.	Cambios en la demanda	9
1.2.	El sistema sanitario	9
1.3.	Factores que contribuyen al proceso de medicalización	10
1.4.	Resultado final	11
1.5.	Las consecuencias de la medicalización	12
2	Instrucciones de uso del material de autoayuda	15
2.1.	Materiales de autoayuda	17
2.2.	Cómo y cuándo utilizar estos materiales	18
2.3.	Consejo médico	19
2.3.	Árbol de decisión	20
	Bibliografía	23

guías de autoayuda (en carpeta)

- 1 Resolución de problemas
- 2 Afrontando las preocupaciones
- 3 Aprender a programar actividades placenteras
- 4 Aprender a relajarse
- 5 Autoestima
- 6 Concédete una oportunidad y cuídate



1

marco conceptual

La psiquiatrización de la vida cotidiana
y su impacto en la asistencia en los
servicios de Salud mental públicos

1.1. Cambios en la demanda

Ortiz y de la Mata (2004) señalan como el personal sanitario atiende un incesante incremento de demandas que no se correlacionan con trastornos clásicos definidos en los manuales. En su opinión, se está produciendo una transformación de las demandas de la población y la respuesta técnica sanitaria que se está proporcionando es de dudosa eficacia.

Estas nuevas demandas tienen que ver con sentimientos de infelicidad o malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana. Otras veces se relacionan con sentimientos desagradables (tristeza, frustración, ira, odio, impotencia...) ante un acontecimiento o situación vital estresante o injusta, como respuesta adaptativa y no necesariamente patológica. Se trata de sufrimientos, rechazos o temores del entorno de cada paciente (De la Mata y Ortiz Lobo, 2007).

1.2. El sistema sanitario

El ámbito de la medicina moderna se ha expandido. En Salud mental se ha producido una ampliación similar al resto de la medicina: ampliación, tecnificación, especialización y búsqueda activa en la comunidad de la morbilidad, al servicio de un Modelo público de salud (Ortiz y de la Mata, 2004).

Esta «psiquiatrización activa» ha sido promovida por un Estado garante del derecho social a la salud. Sin embargo, las instancias políticas no pensaron que la salud se convertiría en objeto de consumo y fuente de valor social (Rendueles, 2000). En este ámbito, se ha producido la paradoja, formulada por el economista indio Amartya Sen, de que cuantos más recursos sanitarios tenga una sociedad, más enferma se siente (Sen, 2002).

El Estado de bienestar amplía el objetivo de la psiquiatría en un momento de cohesión y coherencia social y de optimismo terapéutico. Pero a partir de los años 80, en el contexto de las transformaciones sociales del nuevo capitalismo postindustrial, la demanda experimentó un aumento cuantitativo y una transformación cualitativa (Carmona y Del Río, 2009).

Las sucesivas reducciones o ampliaciones de los márgenes del objeto psicológico/psiquiátrico no obedecen solamente al avance del conocimiento científico sobre la naturaleza de las enfermedades mentales. También se trata de un proceso de construcción social de una estructura conceptual que legitima la intervención técnico-sanitaria (Carmona y Del Río, 2009).

En un intento de conseguir nosologías psiquiátricas neutrales independientes del contexto histórico-cultural y para dar un carácter de objetividad científica, se eliminan de los manuales los criterios sociales y culturales, dejando de lado la reacción al medio (principio fundamental de la biología y de la medicina del siglo XX). En los manuales se proponen nosologías descriptivas que intentan no valorar causalidades, aunque la causalidad biológica sí está implícita y en primer orden de importancia jerárquica (Fernández, 2001; Ortiz y de la Mata, 2004).

La cultura médica responde con protocolos y guías clínicas para homogenizar los procesos y tratamientos sin discriminar las situaciones de partida. Se intenta apartar el dolor del contexto subjetivo, o intersubjetivo, con el fin de atenuarlo o erradicarlo mediante una solución médica (Ortiz y de la Mata, 2004).¹

La consecuencia paradójica es que en lugar de delimitarse el objeto de atención, se ha producido un aumento progresivo de las patologías diagnósticas y una disminución del umbral diagnóstico. Este hecho ha llevado a auténticas epidemias de depresión de ansiedad, trastorno por déficit de atención, estrés postraumático, etc., generando un mayor consumo de servicios sanitarios (Ortiz y de la Mata, 2004).

1.3. Factores que contribuyen al proceso de medicalización

Los factores que contribuyen al creciente fenómeno de la medicalización son complejos. Los distintos factores implicados en este proceso son permeables unos a otros, como los científicos, tecnológicos, técnicos, sociales o político-asistenciales (Márquez y Meneu, 2007; Ortiz y de la Mata, 2004).

¹ Este proceso de medicalización ha colonizado una gran variedad de manifestaciones como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la infelicidad, la soledad, el aislamiento por problemas sociales, la pobreza o el paro (Márquez y Meneu, 2007).

Destacan como protagonistas los agentes y entidades de provisión sanitaria. Tanto profesionales como empresas médico-farmacéuticas generan expectativas exageradas, ya sea por una confianza ilimitada en las posibilidades de la ciencia y la tecnología, o por la oportunidad de ampliar mercados (De la Mata y Ortiz, 2007; Márquez y Meneu, 2007).

También es importante el papel de los medios de comunicación que favorecen en la población expectativas que están por encima de la realidad. Contribuyen a generar la creencia de una medicina omnipotente. A esto hay que agregar las tendencias de la propia población y las respuestas aportadas por responsables a nivel político y de gestión sanitaria (Ortiz, 2008).

La medicalización del malestar debe entenderse en el contexto de los cambios culturales y económicos de las últimas décadas, en los que la tecnología y el mercado ocupan un espacio central como nuevos referentes significativos. La medicalización de la vida cotidiana es un fenómeno que está inmerso en un contexto sociocultural, político-económico y asistencial, que lo condiciona (Rendueles, 2000; Márquez y Meneu, 2007). Su máxima expresión se halla en las consultas de Atención Primaria y Salud mental (Ortiz y De la Mata, 2004; Del Cura y López, 2008).

1.4. Resultado final

El resultado final es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia. Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas. Se trata de un fenómeno de construcción social. Desde este punto de vista se ha ido conformando la demanda de tratamiento por sentimientos, malestares o conductas que anteriormente escapaban del dominio científico-técnico (Ortiz y De la Mata, 2004).

Hasta ahora, la cultura había hecho tolerable este tipo de sufrimiento al integrarlo dentro de un sistema de significados colectivos, ajenos a la mirada médica o psicológica. Sin embargo, en nuestra sociedad actual, la gente acepta cada vez menos que el sufrimiento es una parte ineludible de la realidad y llega a interpretar cada dolor como un indicador de la necesidad de intervención médica o psicológica (Ortiz, 2008).

Para superar las frustraciones o inhibiciones, para satisfacer necesidades emocionales o aliviar el sufrimiento se apela a los psicofármacos y a la psicoterapia. Todo queda dentro del individuo (entendido desde el punto de vista del conflicto psicológico o de los neurotransmisores) (Rendueles, 2000; Fernández, 2001).

1.5. Las consecuencias de la medicalización

La psiquiatrización de la vida cotidiana está favoreciendo una cultura en la que el dolor y el sufrimiento se descontextualizan de la biografía del individuo y del contexto social. Son recodificados como problemas a los que les corresponde una respuesta técnica sanitaria. El malestar pierde su sentido adaptativo ante la adversidad de la vida y se normaliza en virtud de un diagnóstico y tratamiento (De la Mata y Ortiz, 2007).

Se sabe que los bajos niveles de ingresos económicos y la desigualdad social, son algunos de los factores socioeconómicos que influyen negativamente en la Salud mental de las personas. Así, la pobreza, la exclusión social o la discriminación racial se asocian con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica. También la situación de paro, la precariedad en el empleo, el estrés laboral resultan ser factores de riesgo psicosocial con repercusiones negativas sobre la Salud mental (OMS, 2004).

Desde una perspectiva de género, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la Salud mental de las mujeres. A estas desigualdades hay que añadir que algunos trastornos mentales se asocian a menudo a las situaciones de violencia, a las relaciones de subordinación, a la desigual distribución de tareas (incluidos los cuidados) y a la acumulación de roles a los que se ven sometidas muchas mujeres (Artancoz y cols., 2001; Ruiz-Pérez y cols., 2004).

Otros factores de riesgo importantes están relacionados con el propio individuo, sus relaciones con la familia y la red de apoyo social. La interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales puede llevar incluso a una transferencia de trastornos mentales entre generaciones, especialmente episodios depresivos y de ansiedad. Estos factores muchas veces actúan de forma acumulativa (OMS, 2004).

Desde este enfoque, bajo el constructo genérico de ansiedad o depresión se reúne un sin número de conflictos laborales, familiares, sociales, morales, etc., que se convierten en un problema de Salud pública al que hay que dar algún tipo de solución sanitaria (OMS, 2004). Sin embargo, desde esta perspectiva, la salud no depende básicamente de la asistencia, porque buena parte de los problemas atendidos no tienen solución ni psicológica ni psiquiátrica. Se requiere de actividades de promoción y prevención que además han demostrado su eficacia ya en distintos problemas (Jané, 2004).

Si no se reflexiona adecuadamente, la Salud mental puede convertirse en la coartada individualizada ante situaciones sociales injustas, respaldando el debilitamiento de las redes tradicionales de contención (Carmona y Del Río, 2009).

La idea de que hay necesidades masivas no atendidas en Salud mental se apoya en indicadores de patología psiquiátrica, costes económicos y demanda de psicofármacos² (ESEMED/MEDHEA 2000, 2004). De manera similar a lo descrito por indicadores internacionales o nacionales de Salud mental, los datos de las Encuestas andaluzas de salud de 2003 y 2007, muestran un aumento en el consumo autodeclarado de antidepresivos, tranquilizantes e hipnóticos, tanto para hombres como para mujeres³ (Consejería de Salud, 2003 y 2007).

Sin embargo, esa percepción de necesidad masiva de atención en Salud mental, es un mito generado por la expansión de los límites de la psiquiatría y la psicología, enraizado en la creencia de que hay tratamiento médico o psicoterapéutico para cualquier problema de la vida cotidiana (Ortiz y de la Mata, 2004).

Por otra parte, el consumo de bienes y servicios de salud no siempre comporta un efecto beneficioso, ya que las actividades sanitarias no son inocuas. Los riesgos de la psiquia-

2 Una de cada seis personas será diagnosticada de depresión o de trastorno de ansiedad. En el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa de discapacidad. La depresión cuesta 120.000 millones de euros en Europa. Las ventas de antidepresivos sufrieron un incremento del 89,24% en el período 1997-2004 sin que queden totalmente claros los efectos en la salud de la población. El número de bajas laborales por depresión está creciendo de forma espectacular, lo que supone un coste extraordinario para el sistema sanitario (García y cols., 2004).

3 En ese periodo el consumo de antidepresivos ha aumentado del 2,5% al 4,3% en la población andaluza, alcanzado en 2007 al 6,4% de las mujeres y al 2,2% de los hombres. En 2007, un 4% de la población andaluza refería consumir tranquilizantes (5,40% de mujeres y 2,60% de hombres) y un 3,10%, hipnóticos (4,10% de mujeres y 2,10% de hombres). El patrón de consumo para los 3 grupos farmacológicos estudiados en dicha encuesta es similar: es mayor en las mujeres, aumenta con la edad y es mayor cuanto menor es la renta familiar, menor es el nivel de estudios, entre personas en situación de paro y amas de casa y, sobre todo, entre hombres y mujeres con incapacidad o invalidez permanente.

trización y psicologización no han sido bien estudiados más allá del desproporcionado consumo de psicofármacos. Una importante iatrogenia puede provenir de las intervenciones preventivas, particularmente la utilización de psicofármacos en procesos adaptativos ante circunstancias de la vida (Sainz y Talarn, 2009).

Indicar un tratamiento (psicofarmacológico o psicoterapéutico) supone al menos implícitamente sancionar el malestar como un trastorno mental. El individuo queda como un espectador pasivo y enfermo ante los avatares de la vida. Se puede invalidar su capacidad de afrontamiento y se fomenta la desresponsabilización de sus conductas y emociones, que pasan a ser gestionadas por expertos/as en Salud mental (Sainz y Talarn 2009; Carmona y Del Río, 2009; Ortiz, 2008).

La creciente medicalización es uno de los elementos claves para entender la crisis por la que atraviesan los Sistemas públicos de atención sanitaria. Se satura la oferta asistencial y surge el peligro del recorte de otras prestaciones. Se proporciona más atención a quien más demanda y no a quien más la necesita. No hay sistema sanitario en el mundo que pueda satisfacer todas las demandas porque éstas parecen no tener límites (Ortiz y de la Mata, 2004).

La complejidad del fenómeno hace que el propio sistema sanitario no pueda plantear él solo las soluciones. Sin un replanteamiento radical del contrato social entre la población y el sistema sanitario, la viabilidad está comprometida, pero no sólo por razones económicas, sino por la magnitud de los conflictos de intereses y la carencia de valores que permitan enfrentarlos con probabilidades de éxito (Rendueles, 2000; Ortiz y de la Mata, 2004).

2

instrucciones de uso del material de autoayuda

2.1. Materiales de autoayuda

El marco conceptual planteado en el apartado anterior estuvo presente en los planteamientos del II Plan integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA) 2008-2012 (Consejería de Salud, 2008). Como fruto de ese análisis, el II PISMA planteaba, en la línea estratégica de atención a la Salud mental de la población andaluza, la necesidad de elaborar material divulgativo para ayudar a las personas a afrontar las dificultades de su vida cotidiana.

Para responder a ese objetivo, se configuró un grupo de trabajo para identificar, recopilar o redactar y adaptar materiales de autoayuda (ver equipo revisión). El grupo, inicialmente configurado, se completó con un equipo de profesionales que ya habían adaptado materiales para trabajar en un programa local (ver grupo de adaptación). Los materiales que se ofrecen son resultado de la integración del trabajo de ambos equipos.

Estos materiales se ofrecen como un recurso para profesionales en contacto con pacientes con **depresión media a moderada** o personas **con síntomas de malestar y tristeza**, relacionados con situaciones cotidianas. Se trata de herramientas para reforzar las capacidades de afrontamiento de acontecimientos adversos de la vida. Dependiendo del caso, estos materiales o guías, se pueden utilizar solos o en combinación con otras intervenciones tanto psicológicas como médico-farmacológicas.

Se pone a su disposición material de autoayuda en torno a 6 temas:

- 1 Resolución de problemas
- 2 Afrontando las preocupaciones
- 3 Aprender a programar actividades placenteras
- 4 Aprender a relajarse
- 5 Autoestima
- 6 Concédete una oportunidad y cuídate

Los 5 primeros folletos son una adaptación a nuestro entorno de materiales de autoayuda elaborados por el servicio escocés de salud (Healthier Scotland, 2006). El Healthier Scotland ofrece materiales dirigidos a personas que muestran trastornos emocionales

de diferentes niveles de intensidad. Para esta guía se han seleccionado y priorizado de la lista de materiales⁴, 5 folletos de autoayuda para personas con **malestar emocional de intensidad baja**.

El proceso de adaptación de los materiales a nuestro entorno ha consistido en la traducción, revisión y modificación del material por parte de profesionales con experiencia en el ámbito. Posteriormente, se realizó un pilotaje de las guías de autoayuda con personas que cumplen un perfil similar a aquellas a las que va dirigido.

El sexto folleto es de elaboración propia y también ha sido sometido a este proceso de revisión por parte del equipo de personas expertas y a un posterior pilotaje.

2.2. Cómo y cuándo utilizar estos materiales

Para ayudar a decidir en qué circunstancias, para qué grupo de personas y cómo utilizar los folletos para un afrontamiento más adecuado de dificultades cotidianas, se ha elaborado un árbol de decisiones.

Como todo este documento, este árbol se ha elaborado para el personal médico de Atención Primaria. Sin embargo, este modelo puede ser utilizado por profesionales de la salud con otros roles o de otros niveles de la atención sanitaria que puedan estar en contacto con personas que puedan beneficiarse del uso de este material.

Recomendamos el uso de este **árbol de decisión**, ya que en muchas ocasiones resulta muy difícil valorar si una consulta por ansiedad y/o depresión puede resolverse solamente con consejo médico o si necesita tratamiento farmacológico.

Esta herramienta puede orientar la decisión de usar o no usar estos materiales, sin embargo, cada profesional conoce mejor a las personas que acuden a su consulta y maneja su contexto.

⁴ Puede consultar sus fuentes en <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/03/22091556/10>

2.3. Consejo médico

Para evaluar y hacer seguimiento de un/a paciente que demanda tratamiento por situación vital que le produce ansiedad y/o depresión se aconseja lo siguiente:

- 1 Recoger edad, momento evolutivo, antecedentes de Salud mental, consumo de tóxicos, enfermedad pasada o presente, apoyo familiar y social significativo (no basta con tener entorno familiar y social, tiene que valorarlos como de calidad).
- 2 Preguntar por síntomas (frecuencia e intensidad), a qué lo atribuye, cómo le dificulta la vida.
- 3 Preguntar por «excepciones»: hace referencia a momentos en su vida en los que no se da el problema. Se aconseja plantear: «Me gustaría que recordase si en la última semana ha habido algún momento en el que las cosas hayan estado bien». Si contesta afirmativamente, pedir que relate en qué consistió ese momento, qué puso de su parte, qué personas de su entorno se dieron cuenta de que estaba bien, qué le dijeron y sobre todo, trabajar para que repita aquello que le fue útil.
- 4 Preguntar con escalas: «En una escala del 1 al 10, donde 1 significa que esta última semana se encuentra muy mal y 10 significa que se encuentra perfectamente, ¿dónde se coloca?». Si contesta por ejemplo «en un 4», indagar. Pregunte por ejemplo: «¿Qué cosas te han ayudado a estar en un 4? ¿Qué has puesto de tu parte para estar en un 4? ¿Qué cosas tienes que hacer para estar en un 5?».

Una vez que se conoce mejor la problemática y el discurso del o de la paciente se puede analizar la situación. En el siguiente apartado, árbol de decisión, se recogen orientaciones para la toma de decisiones.

2.4. Árbol de decisión

Consideremos el estrés grave como un balance negativo entre los factores de riesgo y los factores de protección. Los factores de riesgo son aquellos que hacen más vulnerable a la persona. Los factores de protección son aquellos que hacen más resistente a la persona.

En el caso de cada paciente, en primer lugar, imagine una balanza.

VAMOS A PENSAR EN EL ESTRÉS COMO UNA BALANZA



En segundo lugar, identifique los factores de riesgo y los factores de protección. Si pesan más los factores de riesgo, será más probable la aparición del estrés.



Si pesan más los factores de protección, la situación de estrés será afrontada con más éxito. Aunque estén presentes síntomas de reactividad fisiológica e incluso malestar.

Para identificar estos factores, será útil la valoración de las siguientes cuestiones que pueden guiarle en esta fase. También puede preguntar sobre otros temas, que piense que pueden estar presentes, y que le permitan conocer mejor el problema que existe:

FACTORES DE RIESGO	PRESENCIA	
	sí	no
La persona valora su vida con gran desesperanza o los síntomas de ansiedad interfieren en gran medida en su calidad de vida	sí	no
La persona ha tenido experiencias previas parecidas y ha sabido superarlas	sí	no
La persona ha sufrido en el último año pérdidas de familiares o persona significativas	sí	no
La persona está sujeta a una enfermedad física o mental	sí	no
La persona es cuidadora principal de un familiar con enfermedad física o mental	sí	no
La persona es consumidora de tóxicos, alcohol u otras drogas	sí	no
La persona ha perdido su empleo	sí	no
La persona cuenta con apoyos significativos en su entorno	sí	no
La persona está dispuesta a hacer cambios en su vida y movilizar recursos	sí	no
La persona pone todo el peso de su recuperación en el tratamiento farmacológico	sí	no

Una vez identificados los factores de riesgo y protección y habiendo hecho el balance se procederá a la indicación terapéutica que se considere más adecuada. En caso de que se valore existe un posible diagnóstico de depresión y/o ansiedad, de acuerdo con una primera evaluación, se recomienda el seguimiento de los pasos definidos en el *Proceso de ansiedad, depresión y somatizaciones* (Consejería de Salud, 2002).

En caso de **depresión media a moderada** o **síntomas de malestar y tristeza** relacionados con situaciones cotidianas, está completamente justificado el uso de los materiales que se proponen en esta guía. Recuerde que los folletos pueden ser útiles y se pueden utilizar **solos o en combinación con otras intervenciones**, tanto psicológicas como médico-farmacológicas.

Puede encontrar los folletos en un dossier adjunto que hemos denominado «Guías de autoayuda para un afrontamiento más saludable de las dificultades de la vida cotidiana». Recuerde que encontrará material de autoayuda en torno a los siguientes 6 temas:

- 1 Resolución de problemas
- 2 Afrontando las preocupaciones
- 3 Aprender a programar actividades placenteras
- 4 Aprender a relajarse
- 5 Autoestima
- 6 Concédete una oportunidad y cuídate

Se adjuntan 4 juegos de folletos, pero si necesita más podrá imprimirlos desde la siguiente dirección web:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/saludmental>

bibliografía

- Andrews G, Jenkins R. Management of Mental Disorders (UK Edition). Sydney: World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse, 1999.
- Artancoz L, Borrell C, Rohlfis I, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud de la población ocupada. Gac Sanit. 2001, 15 (2): 150-153.
- Beck AT, Rush BF, Shaw BF; Emery G. Terapia Cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclee Brouwer, 1986.
- Beriso Gomez EA. Cuadernos de Terapia Cognitivo-Conductual. Madrid: EOS Editorial, 2003.
- Black S, Hastings J, Henderson M. Dealing with worry. A Self Help Guide. The National Programme for Improving Mental Health and Well Being . 2005. En red: www.wellontheweb.net
- Black S, Hastings J, Henderson M. How to solve problems. A simple DIY technique. The National Programme for Improving Mental Health and Well Being. 2005 En red: www.wellontheweb.net
- Burns DD. Manual de ejercicios de "Sentirse bien". Barcelona: Paidós, 1999.
- Burns DD. Sentirse bien, una nueva terapia contra las depresiones. Barcelona: Paidós, 2010.
- Caballo V. "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos" Vol I. Barcelona: Siglo Veintiuno, 1997.
- Caballo V. "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos" Vol II. Barcelona: Siglo Veintiuno, 1997.
- Caballo V y cols. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Barcelona: Siglo Veintiuno, 1991.
- Carmona J, Del Río Noriega F. Gestión clínica en Salud mental. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría, 2009.
- Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2003. Sevilla: Junta de Andalucía, 2003.
- Consejería de Salud. Encuesta Andaluza de Salud 2007. Sevilla: Junta de Andalucía. 2007.
- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla, Junta de Andalucía, 2008.
- Consejería de Salud. Proceso asistencial integrado ansiedad, depresión, somatizaciones. Sevilla: Junta de Andalucía, 2002.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Fundación para la Atención e Incorporación Social. Memoria de actuaciones 2006. Sevilla: Junta de Andalucía, 2006. Disponible en: http://www.fundacion-fada.org/memoria/memoria_actuaciones_2006.pdf

- De la Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A. La colonización psiquiátrica de la vida. Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura. 2007; 76: 39-50.
- Del Cura I, López García-Franco A. La medicalización de la vida: una mirada desde la atención primaria. Átopos, 2008, 7: 4-12.
- ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorder in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004; 109 (Supl. 420): 1-64.
- Fernández Liria A. De la psicopatología crítica a la crítica de la psicopatología. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2001; 80: 57-60.
- García J, de Abajo FJ, Carvajal J, Montero D, Madurga M, García V. Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). Rev Esp Salud Pública. 2004; 78 (3): 379-387.
- Healthier Scotland. A Guide to self-help resources for depression and anxiety: A practitioners' resource: doing well by people with depression. Edinburgh: Scottish Executive, 2006. <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/03/22091556/10>
- Holdsworth N, Paxton R. Managing anxiety and depression: a self-help guide. Mental Health Foundation, 1999.
- Instituto de Estadística de Andalucía. Andalucía: dependencia y solidaridad en las redes familiares. Sevilla: IEA, 2006. <http://www.iea.junta-andalucia.es/mapa/subtema0311.html>
- Jané Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2004; 89: 67-77. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n89/v24n1a05.pdf>
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Eikasia. Revista de Filosofía. Enero 2007; II (8): 65-86. <http://www.revistadefilosofia.org>
- Mills N. Help yourself to better health "Doing Well by People with Depression" project. 2005.
- OMS. Promoción de la Salud mental. Conceptos, evidencias emergentes y práctica. Ginebra: OMS, 2004.
- Ortiz Lobo A. Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. Átopos. 2008. 7: 26-34. http://www.atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf
- Ortiz Lobo A, De la Mata I. Ya es primavera en Salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. Átopos. 2004; 2(1): 15-20. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
- Pallarés Molíns E. Vivir con menos ansiedad. Manual práctico. Bilbao: Ediciones Mensajero, 2009.
- Rendueles G. Psiquiatrización de la ética. Ética de la psiquiatría: el idiota moral. En Santander F. Ética y praxis psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, 2000.

- Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit. 2004; 18(suppl.2): 4-12.
- Sainz F, Talarn A. Prevención cuaternaria en salud mental. Intercanvis. 2009; 23: 59-67. http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_08.pdf
- Sen A. Health: perception versus observation. BMJ 2002; 324: 860-1.